

常務理事	事務長	部長	課長	係

医療費明細発行依頼書

令和 年 月 日

和歌山県農協健康保険組合 理事長 様

請求者(被保険者)

住所

氏名

下記のとおり、健康保険医療費明細の申請をいたします。

記

記 号	番 号	被保険者氏名	被保険者生年月日
			年 月 日
被保険者住所			
事業所名			
証明期間	令和 年 月から	令和 年 月まで	
申請目的			

※医療費明細は直近3カ月分は発行できません。

※提出期限は毎月15日、発行は月末頃になります。

受 付 日

┌──────────┐